

病名	44 両大血管左室起始症				受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
受給者番号		受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別 男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日			
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・ 高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・ その他()						
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)			療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)				
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能			運動制限の必要性		なし・あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する・しない・不明	
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載							
症状	全身	濃厚なケア、治療、観察の必要性:[なし・あり]					
	呼吸器・循環器	チアノーゼ:[なし・あり]		経皮的酸素飽和度:()%			
		NYHA心機能分類(小学生以上の場合):[I・II・III・IV]					
	腎・泌尿器	腎機能低下:[なし・あり]					
	消化器	肝機能障害:[なし・あり]		肝硬変:[なし・あり]			
精神・神経	痙攣:[なし・あり]		麻痺:[なし・あり・不明]				
	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]						
	移動障害:[なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり・不明]						
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	BNP:直近:()pg/mL・未実施			NT-proBNP:直近:()pg/mL・未実施			
生理機能検査	心電図検査:心室期外収縮(単源性):[なし・あり]		心室期外収縮(多源性):[なし・あり]		上室頻拍:[なし・あり]		
	接合部頻拍:[なし・あり]		心室頻拍:[なし・あり]		Mobitz II型ブロック:[なし・あり]		
	完全房室ブロック:[なし・あり]		左脚ブロック:[なし・あり]				
画像検査	単純X線検査(胸部):心胸郭比60%以上:[なし・あり]						
	肺動脈狭窄(右室-肺動脈圧較差20mmHg以上):[なし・あり]		圧較差:()mmHg				
	大動脈狭窄(左室-大動脈圧較差20mmHg以上):[なし・あり]		圧較差:()mmHg				
	大動脈縮窄(圧較差20mmHg以上):[なし・あり]		圧較差:()mmHg				
	房室弁逆流(2度以上:三尖弁、僧帽弁、共通房室弁):[なし・あり]			Sellers分類:[II・III・IV]			
	半月弁逆流(2度以上:肺動脈弁、大動脈弁):[なし・あり]			Sellers分類:[II・III・IV]			
	肺高血圧症(収縮期血圧40mmHg以上または平均圧25mmHg以上):[なし・あり]						
推定肺動脈収縮期圧:()mmHg		平均肺動脈圧:()mmHg					
収縮機能障害(左室/体心室駆出率0.6以下):[なし・あり]			左室駆出率:()%				
検査所見(その他)	検査所見(その他):()						
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載							
合併症	血栓塞栓症:[なし・あり]			蛋白漏出性胃腸症(血清アルブミン値3g/dL未満):[なし・あり]			
	合併症(その他):()						
経過(申請時) ※直近の状況を記載							
薬物療法	強心薬:[なし・あり]		利尿薬:[なし・あり]		抗不整脈薬:[なし・あり]		抗血小板薬:[なし・あり]
	抗凝固薬:[なし・あり]		末梢血管拡張薬:[なし・あり]		β遮断薬:[なし・あり]		肺血管拡張薬:[なし・あり]
	薬物療法(その他):()						
呼吸管理	酸素療法:[なし・あり]		人工呼吸管理:[なし・あり]				

カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 術式：()
手術	心血管系手術の実施状況：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ・ 経過により必要] 二心室修復術不能またはフォンタン型手術不能例であるか：[手術不能例ではない ・ 手術不能例である]
	短絡手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 姑息術（その他）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	二心室修復術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
治療	治療（その他）：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度 ()回/月
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E]

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()